

<b>QUALIDADE</b>		<b>Código do Formulário</b> QLD.FOR.037	
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>			
	Código: CC.TCLE.047		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023	Data do Vencimento: 17/04/2025	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Transfusão de Hemocomponentes		

Paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ Q/L: \_\_\_\_\_

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi ou de Responsável Legal pelo mesmo (neste caso, preencher com o nome do responsável e documento – RG ou CPF ao final do termo), estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo os profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento hemoterápico, que inclui transfusão de concentrado de hemácias, plasma, e/ou plaquetas ou outro Hemocomponente.

Este consentimento e as condutas médicas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à terapia transfusional e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitido a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente que poderão haver reações transfusionais leves a graves, imediatas ou tardias, como náuseas, dispneia, reações alérgicas, reação febril não-hemolítica, hemolítica aguda, TRALI, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outros.

Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a transfusão de hemocomponentes, e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente submetido à devida assistência especializada.

Fui prevenido quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após alta ambulatorial ou hospitalar.

Estou ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, como, Hepatites B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV, estou submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de hemocomponentes

Fui informado que, pequenas amostras do meu sangue serão coletas para a realização de testes e exames pré -transfusionais e no surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias, para fornecer dados para estudos e investigações do Comitê Transfusional e Hemovigilância do Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi.

Possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de hemocomponentes e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.

Veranópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Testemunha (Nome e assinatura)

\_\_\_\_\_  
Nome e CPF ou RG do Responsável

\_\_\_\_\_  
Médico